Lane Medical Library

18034 Nr. 17

Über
vaginale Exstirpation der Fibromyome des Uterus.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt

der hohen medicinischen Fakultät

der

UNIVERSITÄT BERN

von

Gregor Chmelnitzky
aus Russland.

BERN
Buchdruckerei K. J. Wyss
1893.

Auf Antrag des Herrn Prof. Müller von der Fakultät zum Druck genehmigt.

Bern, den 1. März 1893.

Der Dekan:
Strasser.

Meinem lieben Bruder

Marcus Chmelnitzky

zum freundlichen Andenken gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153505_0039

Ueber vaginale Exstirpation der Fibromyome des Uterus.

Es wurden schon mehrfach statistische Zusammenstellungen über die operative Behandlung der Fibromyome von der Scheide aus veröffentlicht. Die Resultate aber sind bei den Autoren verschieden ausgefallen. Deshalb bemühte ich mich auf Anrathen unseres hochgeehrten Lehrers, Herrn Professor Dr. P. Müller, auch auf der hiesigen gynäkologischen Klinik eine Zusammenstellung der hier auf diese Weise operirten Fälle vorzunehmen.

Es scheint mir hier am Platze zu sein, eine kurze statistische Uebersicht vorauszuschicken. Schon Velpeau hat die Möglichkeit der Enucleation der Fibromyome gekannt. Aber bis zum Jahre 1840 wurde keine solche Operation vorgenommen. Amüssat in Paris (1840) war der Erste, der diese Operation ausführte. Unter den drei von ihm operirten Fällen war ein Todesfall. Nach Amüssat operirte Velpeau, aber mit ungünstigem Erfolge. Die erste Zusammenstellung von West (1840—1858) ergab eine Mortalität von circa 52 %. Auf 27 Fälle kamen: 14 Todesfälle und 13 Genesungen. Männel sammelte 47 Fälle: 30 Heilungen und 17 Todesfälle, also eine Mortalität von 36 %. C. Braun stellte im Ganzen 60 Fälle zusammen mit 41 Heilungen, also eine Mortalität von 32 %. A. Martin zählte 50 Fälle auf, wovon nur 7 Todesfälle, also 14 % Mortalität. Nach der Zusammenstellung von Dr. S. Pozzi kamen auf 64 Fälle, 16 Todesfälle, somit eine Mortalität von 25 %. Die Zusammenstellung von Gusserow enthält 154 Fälle, wovon 51 mit tödtlichem Ausgange, also eine Mortalität von 33,1 %. Lomer sammelte (1873—1883) 130 Fälle und dabei 112 Genesungen und 18 Todesfälle, also 16 % Mortalität. Chrobak's Zusammenstellung enthält 157 Fälle mit 23 Todesfällen, also eine Mortalität von 14,6 %. Unter diesen Fällen zählte Chrobak 11 Eigene, die alle

mit Genesung endeten. Frankenhauser operirte 17 Mal und hatte dabei 2 Todesfälle, also eine Mortalität von 11,7 %. Leopold publicirte seine eigenen 28 Fälle, worunter nur 1 Todesfall, also 3,5 % Mortalität. Bei der Betrachtung der Procentzahlen der Mortalität fällt der stufenweise Abfall derselben auf, was man der Einführung der Antisepsis und auch Verbesserung der Technik zu verdanken hat.

Die operative Behandlung der Uterusmyome durch Entfernung von der Scheide aus hat diesen grossen und nicht zu unterschätzenden Vortheil, dass die Gefahren, welche so oft mit der Laparotomie verbunden und zum Theil unvermeidlich sind, hier theilweise wegfallen. Was die Indicationen betrifft, so sind die meisten Autoren der Ansicht, dass die vaginale Entfernung der Fibromyome in allen Fällen angezeigt ist, wo starke Blutungen bestehen und sich der Tumor genügend zugänglich machen lässt. Sehr wichtig ist das Verhalten des Tumors zum unteren Uterusabschnitte; der Cervix also muss möglichst gut vorbereitet, d. h. der Muttermund möglichst erweitert sein. Ferner kommt die Grösse des Tumors in Betracht, welche nicht die eines Kindskopfes überschreiten darf. Ausserdem werden alle kleinern Cervixmyome und auch, die schon theilweise in die Scheide geborenen, submucösen und interstitiellen Myome am besten von der Scheide aus entfernt. Auch die begonnene Verjauchung der Geschwulst soll eine Indication zu dieser Operation sein, denn hier ist die Gefahr der Infection erst mit der Entfernung des jauchenden Tumors gehoben. Diese Indicationen beziehen sich nur auf die submucösen und diejenigen interstitiellen Fibromyome, welche sich hauptsächlich nach der Uterushöhle zu entwickelt haben, während die interstitiellen im Allgemeinen und auch die sehr grossen submucösen Fibromyome noch eine grosse Mortalität ergeben. Die Indicationen zu dieser Art von Operationen auf der hiesigen Klinik sind im Grossen und Ganzen dieselben. Die 34 von mir gesammelten Fälle bilden gestielte und ungestielte Fibromyome, deren Grösse zwischen Wallnuss und Kindskopf schwankt. Die vaginale Abtragung derselben kann in zwei Kategorien getheilt werden: 1. Der fibromyomatösen Polypen, 2. der submucösen und interstitiellen Fibromyomen. Was die Operation der fibromyomatösen Polypen betrifft, so ist dieselbe, wegen Vor-

handenseins eines Stieles, viel leichter ausführbar, als die der Submucösen und Interstitiellen und gibt deshalb auch eine bessere Prognose.

Die fibrösen Polypen wurden meistens durch Abtragung mit der Siebold'schen Scheere entfernt. Man brauchte sie in allen denjenigen Fällen, wo der Stiel leicht zugänglich war; dort aber, wo der Stiel hoch sass, oder überhaupt schwer erreichbar war, musste man auf die Scheere verzichten, weil unter solchen Bedingungen die Operation unsicher und schwierig wird. Deshalb wurde auf der hiesigen Klinik in einer Anzahl von Fällen, bei hochsitzenden Polypen, wo der Stiel schwer zugänglich war, die galvanokaustische Schlinge mit gutem Erfolge angewendet. Die Blutungen waren dabei minim. Bei der Entfernung der Fibromyome kommt hauptsächlich die Art der Verbindung des Tumors mit dem Uterus in Betracht.

Die Abtragung der Fibromyome resp. Enucleation derselben geschieht in folgender Weise. Ist der Muttermund nicht genügend weit, um zum Tumor zu gelangen, so wird er durch Scheerenincisionen oder Laminariastifte, oder Pressschwämme erweitert. Um den Tumor dem Operateur zugänglicher zu machen, fixirt man den Uterus von den Bauchdecken aus und drückt ihn herab. Der Tumor wird dann mit einer Museux'schen Zange gefasst und herunter gezogen, die Kapsel mit einem Messer eröffnet und der Tumor manuell oder mit Zuhülfenehmen der Scheere loszulösen gesucht. Bei fester Verbindung des Tumors mit der Uteruswand müssen die einzelnen muskulären oder Bindegewebsstränge mit der Scheere durchtrennt werden. Bietet das Collum uteri zu wenig Raum für Finger und Instrumente, so muss man die Geschwulst stückweise abtragen. Hat man den Tumor entfernt, so reinigt man gründlich die Uterushöhle und tamponirt dieselbe. Bei der Nachbehandlung ist hauptsächlich zu sorgen für Abfluss des Secretes der Wundhöhle und für Verhütung der Zersetzung desselben, also Ausspülungen. In denjenigen Fällen, wo die Operation aus verschiedenen Gründen in einer Sitzung nicht beendigt werden konnte, wurde sie in einer zweiten resp. dritten Sitzung vollendet. Es handelte sich dabei gewöhnlich um stärkere Blutungen während der Operation oder um allgemeine Schwäche der Patientin, Collapsanfälle, oder bei eintretender Unregelmässigkeit des Pulses u. s. w.

Um eine vollständige Uebersicht zu gewinnen, auf welche Weise die vaginale Entfernung der gestielten, wie ungestielten Fibromyome auf der hiesigen Klinik ausgeführt wird, sei es mir gestattet, die interessantesten Fälle mitzutheilen.

Fall I.

Frau Z. 49 Jahre alt. Aufgenommen am 2. Oktober 1891. Menstruation seit etwa einem Jahre stark mit Mollimina, auch hie und da unregelmässige Blutungen und Ausfluss in den Intervallen. Hatte mehrere Male geboren spontan und normal.

Status. Ein faustgrosser, fester Tumor etwas oberhalb der Symphyse, rund. Muttermund 2-Frk.-St. gross, geöffnet. Ein Tumor, welcher von der Uteruswand vorne ausgeht, drängt sich nach abwärts; Cervix zu einer Tasche erweitert, welche bequem zwei Finger aufnimmt, 8 cm. lang, nach rechts und oben von dieser Tasche eine Oeffnung, durch welche man in die eigentliche Uterushöhle mit der Sonde 3,5 cm. weit vordringen kann. Der Uterus ist beweglich nach den Seiten und nach oben, allein aus der Beckenwand nicht vollständig zu erheben. Es wurde ein *Fibroma uteri* diagnosticirt.

Operation.

I. Operation den 7. Oktober 1891 in Chloroformnarkose, 1 St. 30 Min. Dauer, 22,0 Chlrof.

Der Tumor wurde durch einen Druck von den Bauchdecken stark in das Becken abwärts gedrängt. Der Muttermund mittelst Specula blossgelegt. Spaltung des Muttermundes in einer Ausdehnung von 3 cm. nach hinten zu. Uterushöhle für zwei bis drei Finger durchgänglich. Spaltung der vordern Cervixwand in einer Länge von 5 cm. Stärkere Blutungen aus einem grösseren Gefässe. Eröffnung der Geschwulstkapsel, Loslösung des Tumors nach oben bis $^2/_3$ nach allen Richtungen, manuell. Der Versuch den losgelösten Tumor durch die bis zu 5-Frk.-St.-Grösse erweiterte Kapsel mit Hakenzangen durchzuziehen, gelang nicht; deshalb partielle Excision desselben. Nach Abtragung eines Viertels stand man von der Fortsetzung der Operation aus folgenden Gründen ab: 1. weil die Operation allzulang gedauert hatte, 2. wegen stärkerer Blutung, 3. weil der früher volle Puls an Spannung verlor und von 60 auf 46

Schläge in der Minute gesunken war. Tamponade der Höhle und der Scheide mit Jodoformgaze. Nachblutung nicht sehr stark. Patientin ist auch sehr schwach. Wein, Flüssigkeit, Aether subcutan. Patientin erholte sich langsam. Nach Entfernung der Tamponade, Ausspülung und Erneuerung der Tamponade bis zur zweiten Operation.

II. Operation am 21. Oktober 1891. Dauer 1 St. 45 Min., 25,5 Chlorof.

Es wurden die frisch gebildeten Adhäsionen zwischen Uteruswand und Tumor losgelöst. Mittelst Zangen wurden dann einzelne Partien der Masse heruntergezogen und abgetragen. Wegen zunehmender Schwäche des Pulses wurde von einer Fortsetzung der Operation abgesehen. Tamponade der Scheide mit Jodoformgaze, ebenso der Operationshöhle.

Verlauf. Da es Nachmittags weiter blutete, so musste man noch weiter tamponiren. 4 Tage nach der Operation mussten wegen fortwährender Blutung noch drei in Liquor ferri-Lösung getauchte Schwämme in die Vagina eingelegt werden.

Am 30. Oktober 1891 Entfernung der Tamponade, Spülungen mit Sublimat. Entfernung der nekrotischen Fetzen mit der Scheere. Jodoformgaze der Höhle. Kein Fieber. Patientin sehr schwach, erholte sich nur langsam. Uterus nicht mehr über der Symphyse fühlbar.

III. Operation am 12. November 1891.

Es wurde nochmals ein grosses Stück des Tumors abgetragen, bis die Wände so dünn wurden, dass man nicht mehr weiter gehen konnte. Es war dies besonders hinten der Fall. Patientin wurde wie vorher behandelt. Roborirende Diät.

Nachuntersuchung. Vom Tumor nichts mehr zu fühlen. Uterus nur noch etwas vergrössert. Keine Blutungen, kein Ausfluss. Muttermund fasst geschlossen.

Austrittsstatus am 5. Dezember 1891. Patientin wurde geheilt entlassen.

Fall II.

Frau J. 50 Jahre alt. Aufgenommen 1890. Hat nie geboren. Menstruirt mit 14 Jahren, monatlich 3 Tage dauernd, stark. In der letzten Zeit geringe atypische Blutungen. In der Jugend Rheumatismus durchgemacht.

Status. Fibromyom, ausgehend von der vordern Uteruswand, von fester Consistenz, glatter Oberfläche und geringer Elasticität.

Bisherige Behandlung. Anfangs hat man Ergotin und elektrische Behandlung probirt. In Folge dieser Behandlung wurde der Tumor etwas kleiner, da aber die Blutungen stark zugenommen haben, wurde die Elektricität ausgesetzt und man entschloss sich zur Operation, resp. Enucleation des Tumors, was aber nur partiell möglich war, weil die Frau mehrfach Collapsanfälle hatte und die Operation unterbrochen werden musste.

Operation. Sie wurde in Chloroformnarkose folgender Weise ausgeführt. Im Beginn der Operation wurde der Muttermund, der 2-Frk.-St. gross war, mit einer Scheereincision erweitert; hierauf wurde mit der Scheere an dem, dem Muttermund gegenüberliegenden Tumor eine flache Incision gemacht; hierauf ergab sich, dass die Kapsel des Tumors, die ziemlich dünn war, eröffnet wurde. Der Tumor wurde dann mit dem Finger aus der Kapsel zu lösen gesucht, was leicht, aber unter starken Blutungen, gelang. Es konnte so die Hälfte freigemacht werden. Nun wurde die untere Partie des Tumors mit scharfen Haken gefasst und herunter gezogen. Es geschah dies unter grosser Schmerzhaftigkeit. Bald nachher wurde die Operation wegen eines Collapsanfalles unterbrochen. In einer *folgenden Sitzung* wurde der Muttermund mit drei kleinen Incisionen erweitert, der Tumor, welcher durch Entzündung mit der Uteruswand verwachsen war, losgelöst und dann durch Fassen mit der Muzeux'schen Hakenzange und Abschneidung mit der Scheere ein weiterer Theil des Tumors in kleinen Portionen abgetragen. Es blieb noch ein Viertel in der Uterushöhle des Tumors zurück. Die Uterushöhle wurde mit Jodoformgaze ausgestopft. In einer *dritten Sitzung* (Aethernarkose) wurde der zurückgebliebene Tumor losgelöst und mit der Muzeux'schen Hakenzange ein wallnussgrosses

Stück durch den Muttermund heraus gezogen und abgetragen. Wegen starkem stenocardischen Athmen und der Unregelmässigkeit des Pulses wurde die Operation unterbrochen und man beschloss gleichzeitig dieselbe nicht mehr vorzunehmen aus folgenden Gründen: 1. Ist die Geschwulst mindestens um $^2/_3$ entfernt, sodass man sie oberhalb der Symphyse kaum fühlt, 2. sind im Laufe von drei Monaten seit der Operation keine Blutungen mehr vorgekommen, 3. lässt eine feste Verwachsung der inneren Fläche des Uterus hoffen, dass weitere Blutungen nicht mehr erfolgen werden.

Nachuntersuchung. Uterusgrund etwa unterhalb der Mitte zwischen Nabel und Symphyse. Keine Blutungen.

Austrittsstatus. Die Patientin wurde entlassen in gebessertem Zustande.

Fall III.

Frau H. 36 Jahre alt. Aufgenommen am 27. Januar 1892.

Anamnese. Hereditär nicht belastet. Patientin sowohl als Kind, als auch später gesund. Menses mit 13 Jahren, anfangs unregelmässig, (Chlorose) dann nach 2 Jahren regelmässig, alle 4 Wochen, 4—5 Tage lang, schwach. Hat 9 Mal geboren, vor einem Jahre Abortus. Menses in der letzten Zeit stärker, etwas Fluor. *Letzte Menses:* Ende Oktober. Urin: *Zucker und Eiweiss.*

Status (Aethernarkose). Erster Ton an der Herzspitze nicht ganz rein.

Aeusserlich: Uterusfundus bis 3 Querfinger breit, oberhalb des Nabels, weich.

Innerlich: Vg. weich und aufgelockert mit gelblichem Schleim bedeckt. In derselben ein fast runder Tumor von der Grösse eines mittelgrossen Apfels, mit glatter Oberfläche, von derselben Farbe wie die Vg.-Wand. Consistenz schwankt zwischen weich und elastisch. Cystöse Beschaffenheit ausgeschlossen. Der Tumor sitzt breitbasig auf der vorderen Lippe auf. Bei der Specularuntersuchung lässt sich ein deutlicher Abschnürungsring nachweisen, als Grenze zwischen Tumor und Uterus. Hinter diesem Ringe

liegt die hintere Muttermundslippe vollkommen normal. Uterus apfelgross in Anteflexionstellung; Nachbarschaft des Uterus frei.

Diagnose: Fibromyom der vorderen Lippe. Gravidität. Diabetes mellitus.

Operation (Aethernarkose) 30. Januar 1892.

Herabziehen des Tumors mit Muzeux bis an die äusseren Genitalien; horizontaler Einschnitt auf der grössten Peripherie des Tumors; Herausschälen desselben aus der eröffneten Kapsel bis auf eine bandartige Verbindung desselben mit dem unteren Theile des Uterus. (Musculatur). Blase wölbt sich in dem vorderen Tumorbette als aufgeblähte Membran bei Hustenstössen vor. Vernähung des Sackes in Etagen mit Catgut und Unterbindung spritzender Gefässe; Abtragung der letzten Verbindung zwischen Tumor und Uterus, Vernähung der Scheidewand mit tiefen und oberflächlichen Seidennähten in querer Richtung. Tamponade der Scheide mit Jodoformgaze.

Am 2. Februar 1892. Magenschmerzen und Auftreibung des Leibes.

Am 6. Februar Entfernung der Nähte.

Am 10. Februar. *Urin ohne Zucker.* In der Nacht leichte Wehen.

Am 13. Februar. Patientin wurde geheilt entlassen.

Fall IV.

Frau L., 47 Jahre alt. Aufgenommen 1892.

Anamnese. Patientin war vorher stets gesund. Mit 16 Jahren regelmässig menstruirt, alle 4 Wochen 5 Tage dauernd, stark; ohne Molimina; seit zwei Jahren sehr stark. Plötzliches Heraustreten einer Geschwulst vor die äusseren Genitalien. Starker Ausfluss, Fieber schon bei der Aufnahme 39.4, keine Schmerzen. Patientin hat nie geboren.

Status. Aeusserlich findet man einen Tumor, der von der Symphyse bis zum Nabel reicht, aus umschriebenen knolligen Massen, sie sind sämmtlich beweglich. Aus der Vulva ragt eine platte, fetzige Masse, die sich durch den Scheideneingang zum

Muttermunde hinzieht. Im Scheidengewölbe unverjauchte, zerklüftete Massen. Nach links zu eine tiefe Spalte, wahrscheinlich der Cervikalhöhle angehörend.

Operation (Chloroformnarkose). Dauer $^3/_4$ Stunden, am 22. Januar 1892.

Der Tumor bewegt sich um seine verticale Axe. Daher wurde die Diagnose auf Fibromyom des Uterus mit dünnem Stiele gestellt, das aus der Uterushöhle in das Vaginalcavum getreten ist. Beginnende Gangrän des Tumors. Es war unmöglich, den Tumor im Ganzen zu entfernen, wegen des Widerstandes der engen äusseren Genitalien, theils weil man auch in der Narkose nicht bis zum Muttermund vordringen konnte. Deshalb wurden einzelne Partien mit Zangen gefasst und mit Messer und Scheere abgetragen. Erst dann konnte man mit einer tiefgehenden Spaltung der äusseren Genitalien nach rechts und links hin, den Tumor völlig vor die Genitalien herausziehen. Der Stiel des Tumors war kleinfingerdick. Derselbe wurde abgebunden und der Tumor durch Abtragung entfernt. Ausspülungen und Tamponade.

Obgleich Patientin wenig Blut bei der Operation verloren hatte, machte sich doch gegen Schluss derselben eine hochgradige Schwäche bemerkbar, die durch zwei Aetherinjectionen bekämpft wurde.

Temperatur und Puls normal.

Gutes Allgemeinbefinden.

Am 28. Januar. Entfernung der nicht übelriechenden Tamp. Ausspülungen. Patientin wurde geheilt entlassen.

Fall V.

Frau S., 41 Jahre alt. Aufgenommen 1888.

Anamnese. Im 11. Jahre zum ersten Mal menstruirt, 8 Tage dauernd, stark. Patientin hatte 7 Mal geboren; einmal Zwillinge.

Status. Bei der innern Untersuchung fand man den innern Muttermund für zwei Finger geöffnet; die Uterushöhle ausgefüllt von einem rundlichen apfelgrossen Tumor, von mittlerer Consistenz und zerrissener Oberfläche. Nach allen Seiten hin kann man mit dem Finger zwischen Tumor und Uteruswand in die Höhe dringen.

Diagnose. Submucöses Fibromyom.

Operation (Chloroformnarkose).

Die Scheidentheile sind durch vorausgegangene Wehen stark verkürzt. Der Muttermund ist 5-Frk.-St.-gross. In der hinteren und vorderen Muttermundslippe wird eine Muzeux'sche Zange eingesetzt. Durch starken Druck von aussen wird die letztere unterstützt. Der Tumor, der bis in den Muttermund herunterragt, wird stückweise mit der Scheere abgetragen. In seinen untern Partien ist er weich, zerfallen und übelriechend; in den oberen derb. Zum Herunterziehen wurden Muzeux'sche Zangen und Haken gebraucht. Der Tumor ist etwa apfelgross. Die breite Verbindung mit dem Uterus sitzt hauptsächlich im Fundus; geht aber noch auf die vordere und hintere Wand über. Nach vollständiger Abtragung der Geschwulst wurde die Uterushöhle ausgespült und mit Jodoformgaze tamponirt.

Sonstige Behandlung. Secale cornutum.
Täglich intrauterine Sublimatausspülungen.

Nachuntersuchung. Uterus gänseneigross, anteflectirt, beweglich. Innerer Muttermund für einen dünnen Katheter durchgänglich. Adnexa normal. Mässiger Ausfluss.

Austrittsstatus. Der Verlauf nach der Operation war ganz normal. Patientin wurde geheilt entlassen.

Fall VI.

Frau S. 44 Jahre alt. Aufgenommen 1889.

Anamnese. Vor 15 Jahren hatte die Patientin eine Lungenentzündung durchgemacht. Erste Menstruation im 16. Jahre, unregelmässig stark. Seit einem Jahre starke Menstruation mit Schmerzen verbunden. Uebelriechender Ausfluss, Kreuzschmerzen. Patientin hatte sieben normale Geburten durchgemacht.

Status. Bei der inneren Untersuchung findet man den Muttermund 5-Frk.-St. gross. Im Muttermund ist ein derber, ziemlich glatter Körper zu fühlen, der zapfenartig in die Scheide hinunter ragt. Verfolgt man denselben, so überzeugt man sich, dass der Tumor mit breitem Stiele vom Fundus Uteri ausgeht. Der Uterus

ist apfelgross, der Fundus ist über der Symphyse zu fühlen. Der Tumor ist circa 4 cm. dick und 7 cm. lang.

Diagnose: Myoma submucosum.

Operation (Chloroformnarkose).

Es wurde die galvanocaustische Schlinge mit Mühe um den Stiel angelegt, nachdem vorher der Tumor mittelst Kugelzange fixirt worden war. Die Durchtrennung gelang nicht vollständig, weil der Draht offenbar durchgeglüht war und ausriss. Der Stiel wurde dann mittelst der Scheere durchtrennt. Blutungen waren dabei unbedeutend.

Sonstige Behandlung. Aetzungen mit 50 % Carbolsäure und Jodkali-Einspritzungen. Wegen starken Blutungen in den ersten Tagen nach der Operation wurden Aetzungen mit Liq. ferri verordnet, worauf die Blutung sistirte.

Nachuntersuchung. Uterus noch immer gross, die Sonde gleitet auf 9 cm. ein; Wandungen dick. Uterus etwas retrovertirt.

Austrittsstatus. Patientin wurde geheilt entlassen.

Spätere Nachuntersuchung. Nach einigen Monaten fand man bei der inneren Untersuchung den Uterus verkleinert, die Wandungen noch etwas dick. Keine Blutungen und Schmerzen mehr. Allgemeines Befinden sehr gut. Menses regelmässig.

Fall VII.

Frau E., 51 Jahre alt. Aufgenommen am 12. Dezember 1887.

Anamnese. Patientin hatte in der Jugend Pertussis und Typhus durchgemacht. Mit 16 Jahren zum ersten Male menstruirt, spurweise. Seit drei Jahren profuse Menses mit Schmerzen. Geringe Blutungen in den Pausen zwischen zwei Menstruationen.

Status. Bei der äusseren Untersuchung findet man einen apfelgrossen Tumor. Innere Untersuchung: Der Tumor geht fast bis zu den äussern Genitalien, faustgross, uneben. In die Höhe gehend kann man den Tumor bis zum Fundus verfolgen. In der Chloroformnarkose fand man auch den Stiel des Tumors, worauf man diagnosticirte ein Fibromyom, welches wahrscheinlich oben am inneren Muttermund inserirt.

Operation (Chloroformnarkose). Der Tumor wurde mit der galvanocaustischen Schlinge abgetragen. Der erste Versuch mit dem Platindraht gelang nicht, da derselbe bei starkem Einziehen riss; der zweite (eiserne) funktionirte ganz gut. Der Tumorstiel wurde gut durchtrennt und der freie Tumor wurde mit der Muzeux-schen Zange extrahirt.

Nachuntersuchuug. Die Cervixhöhle und der innere Muttermund geschlossen, der Uteruskörper nicht abnorm gross.

Ausstrittsstatus. Die Patientin wurde geheilt entlassen.

Fall VIII.

Frau B., 51 Jahre alt. Aufgenommen 1885.

Anamnese. In der Pubertätszeit machte die Patientin Typhus durch. Erste Menstrustion im 14 Jahre, die zweite kam ein Jahr später und von da an war sie stark, unregelmässig, 8 Tage dauernd. Seit 1 Jahre starke und unregelmässige Blutungen. Patientin hat 8 Mal normal geboren.

Status. In der Uterushöhle fand man einen wallnussgrossen, nicht beweglichen Tumor.

Diagnose. Fibromyoma uteri.

Operation. Es wurde in die hintere und vordere Lippe ein Faden durchgestochen. Der Uterus von aussen fixirt. Eine nähere Untersuchung ergab, dass der Tumor breitbasig rechts der Wand des Fundes Uteri aufsass. Er wurde mit einer Muzeux'schen Zange gefasst und abwärts gezogen. Da wegen der breiten Basis eine direkte Abtragung unmöglich war, so wurde der Tumor in zwei Theile gespalten und zuerst der grössere untere Theil mittelst der Scheere entfernt. Die Abtragung war schwierig, dauerte längere Zeit und erheischte verschiedene Scheeren. Die zweite Hälfte liess sich leichter herunterziehen und entfernen. Hierauf wurde die Uterushöhle mit Sublimat ausgespült und concentrirte Carbolalkohol-Injection gemacht.

Sonstige Behandlung. Nach der Operation wegen des lochienartigen und eitrigen Ausflusses wurde die Uterushöhle mehrfach mit Sublimat ausgespült. Es wurden auch Carbol- und Jod-Injectionen gemacht.

Austrittsstatus. Die Patientin wurde geheilt entlassen mit Verordnung Sublimatausspülungen zu machen.

Spätere Nachuntersuchung. 2½ Monate nach der Operation kam die Patientin wieder (da sie dazu bestellt war) und bei der Untersuchung fand man den Muttermund für eine Fingerspitze geöffnet, den Cervixcanal geschlossen, den Uteruskörper anteflectirt, etwas vergrössert, derb. Seit der Operation hatte die Patientin keine Blutungen mehr und befindet sich vollkommen wohl. In der letzten Zeit machte sie sogar keine Ausspülungen mehr.

Fall IX.

Frau K. 45 Jahre alt. Aufgenommen 1883.

Anamnese. Patientin machte vor einigen Jahren Typhus durch. Menstruirte mit 18 Jahren 4wöchentlich, stark mit Schmerzen verbunden. Fluor albus. Seit 3 Wochen starke Blutungen.

Status. Innere Untersuchung. Kindskopfgrosser Tumor der hinteren Muttermundslippe, von unregelmässiger Oberfläche und verschiedener Consistenz: fest, an manchen Stellen prall-elastisch.

Diagnose. Gestieltes Fibromyom.

Operation (Chloroformnarkose).

Der Tumor wurde angezogen. An den Stiel, in der Nähe des Muttermundes wurde eine elastische Ligatur angelegt; diese Umschnürung wurde durch einen Seidenfaden verstärkt. Der Tumor wurde mit dem Thermocauter abgetragen, wobei geringe Blutungen aus dem Tumor selbst erfolgten. Verband: Salicylwatte (1 B.).

Sonstige Behandlung. Ausspritzungen der Vagina mit 2 % Carbolwasser. Zwei Tage nach der Operation, wegen Temperaturerhöhung, kaltes Bad und Chinin.

Nachuntersuchung. Bei der Palpation des Abdomens hat Patientin keine Schmerzen. 4 Tage nach der Operation wurde der vorher vorhandene weissfarbige und übelriechende Ausfluss hell und roch nicht mehr. Zwei Wochen nach der Operation fiel bei der Untersuchung der Kautschukschlauch ab; die Seidenfäden hielten noch fest. Die vordere Muttermundslippe hypertrophisch, fühlte sich weich und aufgelockert an. Die hintere Lippe ist ver-

schwunden und an Stelle derselben eine Vertiefung, welche in die erweiterte Cervicalhöhle übergeht.

Austrittsstatus. 18 Tage nach der Operation wurde die Patientin geheilt entlassen. Die Scheidenligatur ist abgefallen. Allgemeines Befinden sehr gut.

Fall X.

Frau R., 56 Jahre alt. Aufgenommen am 25. Januar 1887.

Anamnese. Vor einem Jahre bekam Patientin einen apoplektischen Anfall, der eine Aphasie nach sich zog, welche mehrere Wochen dauerte. Im 16. Jahre zum ersten Male menstruirt, von welcher Zeit an die Menstruation, regelmässig alle 3—4 Wochen, 10—12 Tage dauernd, stark war. Seit 2 Jahren Blutungen, in den 3 letzten Monaten sind sie sehr stark. Patientin hatte nie geboren.

Status. Bei der inneren Untersuchung fand man die Scheide ausgefüllt von einem faustgrossen länglichen Tumor, von glatter Oberfläche, der nach oben zu sich verjüngt. Der Stiel des Tumors geht durch den, über 2-Frk.-St. gross erweiterten Muttermund nach oben zu. Der Finger oder die Sonde weist nach, dass der Tumor mit dem Uterus resp. dem Fundus zusammenhängt.

Diagnose: Gestieltes Fibromyom.

Operation am 27. Januar. Die Anlegung der galvanocaustischen Schlinge bot ziemlich grosse Schwierigkeiten dar: zwei Mal riss der Draht. Nach gelungener Anlegung ging die Abtragung ungestört vor sich. Patientin verlor kein Blut bei der Operation.

Nachuntersuchung. Bei der inneren Untersuchung fand man den Cervix kaum für einen Finger geöffnet, den Muttermund selbst geschlossen.

Austrittsstatus. Patientin wurde am 5. Februar geheilt entlassen.

Betrachten wir unsere angeführten Fälle, so sehen wir, dass die vaginale Entfernung der Fibromyome sehr gute Resultate ergeben hat. Die Blutungen während der Operation waren meistens

unbedeutend; das Befinden nach der Operation ein befriedigendes; kein hohes Fieber, was auf eine Infektion bei der Operation zurückzuführen wäre. Die Patientinnen erholten sich ziemlich schnell, die Blutungen sistirten und die nachherigen Untersuchungen ergaben meistens einen guten Zustand des Uterus und der Adnexa. Die, à deux temps, operirten Fälle hatten meistens einen guten Verlauf, was hauptsächlich darauf zurückzuführen ist, dass in den Zwischenzeiten der einzelnen Operationen für Vermeidung jeglicher Art von Infektion gesorgt wurde, was beim Operiren in mehreren Sitzungen von sehr grosser Bedeutung ist. Unter den 34 von mir zusammengestellten Fällen sind 27 fibromyomatöse Polypen und 7 sessile Fibromyome. Was die Mortalität betrifft, so ist unter den fibromyomatösen Polypen nur ein Todesfall zu zählen. Dieser einzige Todesfall ist nicht durch die Operation hervorgerufen worden, sondern in Folge der schon vorher vorhandenen hochgradigen Anämie, was auch die Section bestätigte. Der Verlauf nach der Operation der Fibromyome war ein günstiger.

Zum Schlusse ergreife ich die Gelegenheit, meinem hochgeehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. P. Müller, für seine lehrreichen Rathschläge und sein fortwährendes Entgegenkommen meinen besten Dank auszusprechen.

Tabelle I.

Nr.	Namen, Alter, Zeit	Geburten	Symptome	Sitz und Grösse der Geschwulst	Anatomische Beschaffenheit
1.	Fr. H. 36 J. 1892	9 Geb. wovon 1 Abortus	Unregelmässige, starke Menstruat.; Letzte — Ende Oktober. (Graviditätim 3. Monat.) Urin: Zucker u. Eiweiss.	Apfelgrosser Tumor, der auf der vordern Lippe breitbasig sitzt und in die Vagina herunterragt.	Fibromyom.
2.	Fr. Z. 49 J. 1891	Mehrere Geb. normal.	Seit 1 Jahre profuse Menstruation mit Schmerzen verbunden. Hie und da unregelmässige Blutungen und Ausfluss.	Faustgrosser Tumor von der vordern Uteruswand ausgehend.	Fibroma uteri.
3.	Fr. B. 51 J. 1885	8 Geb.	Seit ca. 1 Jahre starke und unregelmässige Blutungen.	Wallnussgrosser Tumor, der Wand des Fundus uteri breitbasig aufsitzend.	Fibromyom.
4.	Fr. M. 49 J. 1889	1 Geb.	Unregelmässige profuse Menstruat. m. Schmerzen. Starke Blutverluste. Endometritis. Retroflect.	Ein rund. Tumor vom Cervicalkanal ausgehend und aus dem Mm. herausragend.	do.
5.	Fr. S. 41 J. 1888	7 Geb.	Starke, schmerzhafte Menstruation, übelriechender Ausfluss.	Die Uterushöhle ist ausgefüllt von einem apfelgr. Tumor. Die breite Verbindung mit dem Uterus sitzt hauptsächlich im Fundus.	Submucöses Fibromyom, von zerrissener Oberfläche und mittlerer Consistenz.
6.	Fr. J. 50 J. 1890	—	Geringe atypische Blutungen.	Der Tumor geht von der vordern Uteruswand aus.	Fibromyom von glatter Oberfläche, fester Consistenz und geringer Elasticität.
7.	Fr. F. 48 J. 1886	—	Seit zwei Jahren profuse Menstruat. Kreuzschmerzen, Krämpfe im Unterleibe.	—	Fibrom.

Fibromyome.

Operation	Sonstige Behandlung	Nachuntersuchung	Austrittstatus
Herabziehen des Tumors bis an die äussern Genitalien mit Muzeux. Herausschälen des Tumors aus der eröffneten Kapsel.	—	—	Patientin wurde geheilt entlassen. **Urin ohne Zucker.**
Spaltung des Mm. und der vordern Cervixwand, Eröffnung der Geschwulstkapsel. Manuelle Loslösung des Tumors und partielle Excision desselben. Die Operation wurde wegen Schwäche und Unregelmässigkeit des Pulses, sowie stärkeren Blutungen während der Operation, in drei Sitzungen ausgeführt.	—	Vom Tumor nichts mehr zu fühlen. Uterus nur noch etwas vergrössert. Keine Blutungen, kein Ausfluss mehr. Mm. fast geschlossen.	Patientin wurde geheilt entlassen.
Herabziehung des Tumors mit der Muzeux'schen Zange, Spaltung des Tumors in zwei Theile und Abtragung derselben mit der Siebold'schen Scheere. Ausspülungen mit Sublimat.	Wegen lochienartigem und eitrigem Ausfluss Sublimatausspülung., Carbol- und Jodinject.	Bei einer 2½ Monate nach Entlassung der Patientin vorgenommenen Untersuchung fand man den Uterus anteflectirt und etwas vergrössert. Mm. für Fingerspitze geöffnet, Cervix geschlossen. Keine Blutungen mehr. Allgem. Befinden gut.	Patientin wurde geheilt entlassen.
Der Tumor wurde mittelst der Scheere vollständig abgetragen.	Carbolalkoholinject.	Uterus etwas vergrössert, retroflectirt. Keine Blutungen mehr.	Geheilt entlassen.
Der Tumor, der bis in den Mm. herunterragte, wurde mit der Muzeux-Zange und Haken heruntergezogen und mit der Scheere stückweise entfernt. Ausspülungen der Uterushöhle und Tamponade mit Jodoformgaze.	Secale cornutum. Täglich intranterine Sublimatausspülungen.	Uterus gänseeigross, anteflectirt, beweglich. Innerer Mm. für einen dünnen Katheter durchgänglich. Adnexa normal.	Patientin wurde geheilt entlassen.
Erweiterung des Muttermundes durch Incisionen, Spaltung der Kapsel, Ausschälung des Tumors mit dem Finger, Abtragung desselben mit der Scheere. Die Operation wurde in drei Sitzungen ausgeführt wegen eingetretener Collapsanfälle.	Ergotin u. Elektricität.	Uterusgrund etwa unterhalb der Mitte zwischen Nabel u. Symphyse. Keine Blutungen mehr.	Geheilt entlassen.
Nach vorausgegangener Dilatation des Muttermundes wurde der Tumor mittelst der Scheere vollständig abgetragen.	–	—	Geheilt entlassen.

Tabelle II.

Nr.	Namen, Alter. Zeit	Geburten	Symptome	Sitz und Grösse der Geschwulst	Anatomische Beschaffenheit
1.	Fr. M. 43 J. 1874	12 Geb.	Seit ½ J. starke Blutungen.	Hühnereigrosser Tumor mit daumensdickem Stile.	Polypus fibrosus uteri.
2.	Fr. E. 52 J. 1875	9 Geb.	Hohe Anämie Blutungen.	Kindsfaustgross. Tumor, der mit der hintern Uteruswand mit breiter Basis verwachsen ist.	Polypus fibrosus uteri.
3.	Fr. K. 59 J. 1875	9 Geb.	Starke Blutungen.	—	Polypus fibrosus uteri.
4.	Fr. N. 41. J. 1876	3 Geb. und 5 Abort.	Profuse Menstruation, seit ihrem 18. J., mit starken Schmerzen verbund. Cervicalkatarrh.	—	Polypus fibrosus uteri.
5.	Fr. M. 49 J. 1877	9 Geb.	—	—	Polypus fibrosus uteri.
6.	Fr. G. 36 J. 1877	2 Geb.	Starke Blutungen.	Kleineigrosser, birnförmig. Tumor, der in die Scheide herabragt und mit einem daumensdick. Stile an d. vord. Cervicalwand haftet.	Polypus fibrosus uteri.
7.	Fr. L. 49 J. 1878	3 Geb.	Seit 7 Monaten profuse Menstruat., 12—14 Tage dauernd. Schmerzen im Unterleibe.	Nussgrosser Tumor d. Cervix mit fingersdickem Stile an d. vord. Uteruswand anhaftend.	Polypus fibrosus uteri.
8.	Fr. R. 42 J. 1878	8 Geb.	—	—	Verjauchender fibröser Polyp.
9.	Fr. S. 54 J. 1878	13 Geb.	—	Nussgrosser Tumor mit kleinfingerdickem Stiele an der vord. Cervicalwand haftend.	Polypus fibrosus uteri.
10.	Fr. H. 50 J. 1878	2. Geb.	Unregelmässige Menses.	—	do.

Fibromyomatöse Polypen.

Operation	Sonstige Behandlung	Nachuntersuchung	Austritt-status
Abtragung des Tumors mit der Siebold'schen Scheere.	—	—	Geheilt entlassen.
Entfernung des Polypen mit der galvanocaustischen Schlinge.	—	—	Geheilt entlassen.
Dilatation mit Pressschwämmen. Abtragung des Tumors mittelst der galvanocaustischen Schlinge.	—	—	Keine Blutungen mehr. Geheilt entlassen.
Abtragung mit der Scheere.	—	—	Geheilt entlassen.
Abtragung des Tumors mit der Scheere.	—	—	Geheilt entlassen.
Abtragung des Tumors mit der Scheere.	—	—	Geheilt entlassen.
Dilatation mit Pressschwämmen. Abtragung des Tumors mit der Scheere.	—	—	Keine Blutungen mehr. Geheilt entlassen.
Abtragung der gangränösen Partie des Tumors mit der Scheere.	Carbolinjectionen	—	Gebessert entlassen.
Entfernung des Tumors mit der Scheere.	—	—	Geheilt entlassen.
Abtragung des Tumors mit der galvanocaustischen Schlinge.	—	—	Geheilt entlassen.

Tabelle II.

Nr.	Namen, Alter, Zeit	Geburten	Symptome	Sitz und Grösse der Geschwulst	Anatomische Beschaffenheit
11.	Fr. B. 52 J. 1878	2 Geb.	Starke Blutungen, Kreuzschmerzen. Missfarb. übelriechender Ausfluss.	Faustgrosser Tumor, der sich nach oben verjüngt und der sich durch den Mm. nach oben weit festsetzt.	Verjauchender fibröser Polyp.
12.	Fr. M. 42 J. 1879	1 Geb.	Seit ca. 1 Jahre starke Blutungen.	Faustgrosser Tumor, der vordern Cervicalwand ansitzend, mit 1 Fr.-St.-grosser Basis.	Fibromyomatöser Polyp.
13.	Fr. J. 37 J. 1879	6 Geb. wovon eine Frühgeb. im 7. Mon.	Seit 1 Jahr zunehmende Blutungen. Schmerzen i. Unterleibe und Kreuz.	Eigrosser, birnförmiger Tumor, der sich nach oben zu verjüngt.	Polypus fibrosus.
14.	Fr. B. 30 J. 1881	—	Starke menstruelle Blutungen mit Schmerzen verbund. Hochgrad. Anämie.	—	Polypus fibrosus uteri.
15.	Fr. H. 43 J. 1883	9 Geb.	Seit 5 Jahren profuse Menses 8—14 Tage dauernd, seit einigen Monaten blutig. Ausfluss in der Zwischenzeit.	Taubeneigrosser Tumor, welcher nach oben zu in ein. dünnen Stiel ausläuft.	Polypus fibrosus.
16.	Fr. K. 45. J. 1883	3 Geb.	Menstruat. mit 18 J. 4 wöchentlich, stark u. mit Schmerzen verbunden. Fluor albus. Seit 3 Wochen starke Blutungen.	Kindskopfgrosser Tumor der hinteren Muttermundslippe.	Fibromyomatöser Polyp.
17.	Fr. B. 52 J. 1884	5 Geb.	Seit 1 Jahr starke Menses, 8 Tage dauernd. Beständ. Blutungen seit 1 Monat.	In die Scheide hineinragend. gänseeigrosser Tumor, dem Fundus ansitzend.	Fibromyomatöser Polyp.
18.	Fr. K. 45 J. 1884	3 Geb.	Seit 1 Jahr profuse Menstruation 10—12 Tg. dauernd mit Schmerzen verbunden. Seit zwei Monaten beständige Blutungen.	Daumengrosser und daumenartiger Tumor, welcher den Uterus und Cervix ganz ausfüllt u. mit breiter Basis im Fundus uteri sich ansetzt.	Polypöses, submucöses Fibromyom.
19.	Fr. W. 41 J. 1886	3 Geb.	Blutungen. Retroversio ut.	Pflaumengrosser Tumor, der aus der Uterushöhle in den Cervix hineinragt u. mit einem gänsekieldicken Stiele versehen ist.	Fibromyomatöser Polyp.

Fibromyomatöse Polypen.

Operation	Sonstige Behandlung	Nachuntersuchung	Austrittstatus
Der Tumor wurde durch Zug an der verjauchten Partie desselben leicht und vollständig entfernt.	Wegen Schwäche wurde eine Transfusion gemacht.	—	Exitus letalis in Folge hochgrad. Anämie. **Sectionsbefund:** Hohe Anämie, Milztumor, Endometritis.
Entfernung des Tumors in zwei Sitzungen mit der galvanocaustischen Schlinge.	Phenilinjectionen	Cervix u. Mm. geschlossen. Keine Blutungen mehr.	Patientin wurde geheilt entlassen.
Der Tumor wurde mit der Siebold'schen Scheere leicht abgetragen.	—	Mm. vollständig geschlossen. Keine Blutungen mehr.	Patientin wurde geheilt entlassen.
Der Tumor wurde mittelst galvanocaustischer Schlinge und Scheere stückweise entfernt. Blutungen dabei minim.	—	Eine Untersuch. nach der Operation ergab, dass d. Tumor sowie auch d. Stiel vollk. entfernt waren.	Patientin wurde geheilt entlassen. Keine Blutungen mehr.
Nach vorausgegangener Dilatation d. Cervix mit Pressschwämmen, wurde der Geschwulststiel hoch mit der Scheere durchtrennt.	—	—	Patientin wurde geheilt entlassen.
Anziehung des Tumors; Umschnürung des Stieles m. elast. Ligatur u. Verstärkung m. Seidenfaden. Abtragung des Tumors mit dem Thermocauter.	—	Vord. Mm.-Lippe hypertrophisch, weich, aufgelockert; hintere Lippe verschwunden.	Patientin wurde geheilt entlassen.
Abtragung des Tumors mit der galvanocaustischen Schlinge. Aetzungen der Uterushöhle mit 50% Carbolsäure.	—	Uterus retroflectirt, etwas vergrössert. Aeusserer Mm. geschlossen. Keine Blutungen mehr.	Geheilt entlassen.
Nach vorausgegangener 1 cm. langer Incision im Cervix, wurde der Tumor mit der galvanocaustischen Schlinge abgetragen. Keine Blutungen dabei.	—	Uterus retrovertirt, etwas vergrössert. Mm. u. Cervix geschlossen.	Geheilt entlassen.
Dilatation des Cervix mit Laminariastift, Abtragung des Tumors dicht an einer Insertionsstelle mit der Scheere u. hierauf 50% Carbolinject.	Carbol- u. Jodinj.	—	Keine Blutungen mehr. Geheilt entlassen.

Tabelle II.

Nr.	Geburten	Namen, Alter, Zeit	Symptome	Sitz und Grösse der Geschwulst	Anatomische Beschaffenheit
20.	Fr. S. 41 J. 1885	2 Geb.	Unregelmässige Menstruation 9--12 Tage dauernd, sehr stark. Schmerzen im Unterleibe.	Daumensgrosser Tumor mit einem bleistiftdicken Stiele, der der hintern Cervikalwand aufsitzt.	Polypus fibromyomatosus.
21.	Fr. R. 56 J. 1887	—	Mit 16 Jahren menstruirt, stark 10—12 Tg. dauernd. Seit 2 Jahren starke Blutungen.	Faustgrosser Tumor, der die Scheide ausfüllt und dessen Stiel durch den 2 Frk.-St.-grossen Mm. nach oben zu durchgeht. Der Tumor ist mit dem Fundus im Zusammenhang.	Polypus fibromyomatosus.
22.	Fr. E. 51 J. 1887	11 Geb. wovon 1 Frühgeb. u. 1 todt. Kind in Steislage.	Mit 16 Jahren menstruirt, spurweise. Seit 3 Jahren profuse Menstruation mit Schmerzen verbunden. Geringe Blutungen in den Pausen zwischen zwei Menstruationen.	Faustgrosser Tumor, der bis zu den äussern Genitalien geht und in die Höhe bis zum Fundus verfolgbar ist. Der Stiel des Tumors inserirt am innern Mm.	do.
23.	Fr. W. 43 J. 1888	—	—	Hühnereigrosser Tumor der vordern Wand d. Cervix, welcher denselben stark ausdehnt und dessen kleinfingersdicker Stiel durch den innern Mm. nach oben zu sich begibt.	Fibromyomatöser Polyp.
24.	Fr. S. 44 J. 1889	7 Geb.	Seit einem Jahre starke Menstruat. mit Schmerzen. Uebelriechender Ausfluss; Kreuzschmerzen.	Ein 4 cm. dicker und 7 cm. langer Tumor, der mit einem breiten Stiele vom Fundus uterie ausgeht und zapfenartig in die Scheide hinunterragt.	Submucöser, fibromyomatöser Polyp.
25.	Fr. E. 57 J. 1890	8 Geb.	Profuse Menstruat. mit Krämpfen verbunden. Geringe Blutverluste, Fluor albus. Anämie.	Aus dem Mm. ragt ein 4 cm. langer fingersdicker Tumor, welchen man im Cervix nach oben verfolgen kann.	Fibromyomatöser Polyp.
26.	Fr. F. 39 J. 1888	7 Geb.	Unregelmässige Menstruat., starke Blutungen, Ausfluss.	Der die Scheide fast ausfüllende Tumor geht von der vordern Muttermundslippe aus und inserirt daselbst breitbasig.	Submucöses Fibromyom.
27.	Fr. L. 47 J. 1892	—	Seit 2 Jahr. stark. Blutverlust u. Ausfluss. Bei der Aufnahme Fieber 39,4.	Aus der Vulva ragender Tumor, der sich durch den Scheideneingang zum Mm. hinzieht. Im Scheidengewölbe unverjauchte, zerklüftete Massen.	Gestieltes Fibroyom. Beginnende Gangrän desselben.

Fibromyomatöse Polypen.

Operation	Sonstige Behandlung	Nachuntersuchung	Austrittstatus
Abtragung des Tumors mit der Scheere. Bei der Operation wurde noch ein wallnussgrosser, interstitieller Fibrom konstatirt.	Jod und Carbolinject.	In einer, einige Zeit nach der Entlassung der Patientin, vorgenommenen Untersuchung fand man den Cervix geschlossen, Uterus nicht vergrössert. Menses normal.	Die Patientin wurde geheilt entlassen.
Abtragung des Tumors mit der galvanocaustischen Schlinge. Keine Blutungen bei der Operation.	—	Cervix kaum für einen Finger geöffnet, der Mm. geschlossen.	Die Patientin wurde geheilt entlassen.
Der Stiel des Tumors wurde mit der galvanocaustischen Schlinge durchtrennt und dann d. freie Tumor mit der Muzeux'-Zange extrahirt.	—	Die Cervixhöhle und der innere Mm. geschlossen.	Geheilt entlassen.
Der Muttermund wurde rechts und links gespalten und der Tumor wurde mit der Scheere abgetragen.	—	—	Patientin wurde geheilt entlassen.
Der Tumor wurde mittelst der Kugelzange fixirt und mit der galvanocaustischen Schlinge und Scheere abgetragen. Blutungen dabei minim.	Aetzungen mit 50% Carbolsäure Jodkalieinspritzungen.	Uterus noch immer gross. Wandungen dick. In einigen Monaten nach der Entlassung der Patientin fand man den Uterus verkleinert, keine Schmerzen und keine Blutungen mehr. Menses regelmässig. Allgemeines Befinden gut.	Die Patientin wurde geheilt entlassen.
Der Tumor wurde mit der Scheere entfernt. Blutungen dabei geringe.	—	—	Geheilt entlassen.
Der Tumor wurde an seiner Basis gefasst mit der Muzeux'-Zange und nach vorheriger Anlegung von 14 Catgutligat. abgetragen. Die entstandene Blutung wurde durch sofortiges Knüpfen der Nähte gestillt.	—	Eine nachherige Untersuchung ergab, dass der Tumor vollständig entfernt war. Keine Blutungen und kein Ausfluss mehr.	Die Patientin wurde geheilt entlassen.
Der Tumor, welcher von der Uterushöhle in das Vaginalcavum herunterragte, wurde mit Zangen gefasst und mit Messer und Scheere in einzelnen Partien abgetragen. Der zugänglich gewordene kleinfingersdicke Stiel des Tumors wurde abgebunden und entfernt.	—	—	Gutes Allgemeinbefinden, Temperatur u. Puls normal. Patientin wurde geheilt entlassen.